

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Ferdinand ROZSA

Né le 8 décembre 1909, à Cluj (Roumanie)

L'ATROPHIE
DES
ORGANES GÉNITAUX
APRÈS LA CASTRATION CHIRURGICALE
CHEZ LA FEMME

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Ferdinand ROŹSA

Né le 8 décembre 1909, à Cluj (Roumanie)

L'ATROPHIE

DES

ORGANES GÉNITAUX

APRÈS LA CASTRATION CHIRURGICALE

CHEZ LA FEMME

Président : M J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

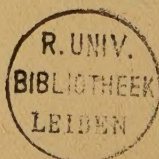
1934

DOYEN... G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	ACHARD.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (E) . Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie .
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
AUBERTIN..... Clinique médicale.
BRULÉ..... Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
HARVIER..... Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
GUÉNIOT Clinique obstétricale.
I^{er} LORIER Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.
BASSET Clinique chirurgicale.
CADENAT..... Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER . Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
MOURE..... Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE MAITRE

M. LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de Clinique gynécologique
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu m'accueillir dans son
service et accepter la présidence de ma
thèse ; avec ma profonde reconnaissance
et admiration.*

A MON MAITRE

MONSIEUR E. DOUAY

Chef des travaux gynécologiques à l'Hôpital Broca

*Qui m'inspira le sujet de cette thèse.
Témoignage de ma respectueuse affec-
tion et de ma profonde reconnaissance
pour la grande bienveillance qu'il me pro-
digua en toutes circonstances.*

A MES PARENTS

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES AMIS ET A TOUS LES MIENS

L'ATROPHIE

DES ORGANES GÉNITAUX

APRÈS LA CASTRATION CHIRURGICALE

CHEZ LA FEMME

Historique.

La question de savoir si en dehors des fonctions de reproduction, les glandes génitales ont une autre fonction a été résolue pour la première fois par Brown-Sequard en 1889. On savait avant lui que le testicule et l'ovaire ont une influence sur la fatigue, le développement du squelette et l'obésité. On a même pratiqué la castration depuis l'antiquité dans un but de thérapeutique esthétique ou sociale. Mais Brown-Sequard a été le premier à démontrer que le testicule joue normalement le rôle d'une glande à sécrétion interne, il attribua ce même rôle à l'ovaire.

La question de l'atrophie des organes génitaux après castration est de date plus récente et si nous avons connaissance de certaine description de l'atrophie des organes génitaux consécutive à la castration opératoire, nous ne connaissons pas jusqu'ici une description complète et une étude d'ensemble de ces sortes d'atrophie.

Les effets de la castration sur l'utérus normal sont bien établis depuis les expériences de Hegar et de Kehrer sur des cobayes et des lapins. Ces deux auteurs ont démontré qu'après l'ablation des ovaires l'utérus s'atrophie. Ces recherches macroscopiques ont été complétées par les études microscopiques de Weissmann et Reismann en 1890, puis par Sokoloff en 1896, de Jentzer et Beutner en 1900.

Si les résultats de ces recherches sont concordants en ce qui concerne l'atrophie du muscle utérin, ils sont absolument discordants quant à la muqueuse utérine. Weismann et Reismann l'ont trouvée très atrophiée, tandis que Sokoloff a trouvé qu'elle était encore normale après quatorze mois. Sigis Gottschalk a lui aussi constaté cette atrophie en ajoutant que le muscle comme la muqueuse utérine sont plus atrophiés au niveau du corps de l'utérus qu'au niveau du col.

Le Kraurosis vulvaire était décrit sous ce nom pour la première fois par Breisky. Dix ans avant lui Lawson-Tait le signalait sous le nom de « *Vascular degeneration of the nymphal with atrophy of the mucous membran* ». Ce qui est commun dans les deux descriptions c'est l'atrophie qui est le caractère essentiel du Kraurosis. Les caractères distinctifs sont suffisants pour distinguer plusieurs formes cliniques, mais non deux syndromes distincts. En effet, la description de Lawson-Tait mérite le nom de Kraurosis vasculaire ou Kraurosis rouge. La description de Breisky le nom de Kraurosis blanc.

En 1888, Janowski publie six observations sur le Kraurosis vulvaire. Il s'agit de femmes jeunes atteintes d'affections vénériennes (syphilis, blennorragie, chancre mou) : dans un de ces cas il y a eu association de Kraurosis et leucoplasie.

En Amérique les observations de Ohmann et Dusmenil (1890).

Mais c'est surtout de la clinique Martin que sortent des travaux importants sur la question. Orthmann 1894, Martin 1896, Jung 1900. Ce dernier a démontré qu'entre le Kraurosis et la vulvite chronique, au point de vue histologique, il n'existe que des différences qualitatives.

Si au point de vue clinique la description du Kraurosis est assez complète, au point de vue étiologique elle est des plus obscure.

Confondu depuis longtemps en France avec la leucoplasie vulvaire depuis les travaux de Perrin 1901, d'après lui le Kraurosis et la leucoplasie ne présentent que deux degrés différents d'une même entité morbide.

En 1904, Gaucher et Louste (Congrès français de médecine, 1904), rapprochent le Kraurosis et la leucoplasie et concluent que le Kraurosis vulvaire est de nature syphilitique.

Le Kraurosis vulvaire était donc rapproché au point de vue histologique de la vulvite chronique par Jung ; en France de la leucoplasie vulvaire et de la syphilis par les travaux de Gaucher, Louste et Perrin. Le Kraurosis post-opératoire était mentionné pour la

première fois par Jayle 1892. Altausen en 1894 a observé des cas semblables. Plus récemment en France. Violet a publié des observations en proposant comme traitement des injections sous-cutanées de percaïne à $1/2 \text{ ‰}$ dans les deux grandes lèvres. A l'étranger les travaux de Barsony, Doderlein, William Graves, Gorge Van Smith, A. Hochenbilcher, et de Terruhn ont contribué à l'étude du Kraurosis. Mais c'est Jayle qui a contribué le plus à l'éclaircissement de la pathogénie du Kraurosis vulvaire.

Il pense que le kraurosis survient chez les femmes qui n'ont pas d'ovaire au point de vue physiologique, ou chez les syphilitiques. C'est à cette dernière façon de voir que nous nous rallions et on peut se demander, bien que la syphilis, maladie sclérosante, puisse expliquer dans certains cas le kraurosis, s'il ne s'agit pas en même temps d'une syphilis qui ait atteint les ovaires en détruisant leur fonction. Si cette façon de voir est juste on pourrait ranger le kraurosis comme une manifestation de l'insuffisance ovarienne, que cette insuffisance soit due à la ménopause, à la castration chirurgicale, ou à toute autre cause capable d'agir sur les ovaires en diminuant leur fonction.

Mécanisme des troubles consécutifs à la castration.

On a discuté beaucoup pour savoir la cause des atrophies des organes génitaux après la castration. Il existe actuellement trois théories qui tentent de les expliquer : la théorie vasculaire, la théorie nerveuse et la théorie endocrinienne. Nous passerons rapidement sur les deux premières théories qui n'ont qu'un intérêt historique ne pouvant expliquer que certains cas isolés de ces atrophies post-opératoires.

Théorie vasculaire.

Soutenue par Schroeder, Martin et Veit, qui attribuent l'atrophie post-opératoire de l'utérus à l'insuffisance de vascularisation consécutive à la ligature de l'artère utéro-ovarienne. Muratoff et Kehrer ont démontré que la ligature de l'artère utéro-ovarienne n'amène aucun trouble du côté des organes génitaux.

Sassier attribue comme Schroeder, Martin et Veit l'atrophie de l'utérus à la ligature de l'artère utéro-ovarienne, qui agirait non pas par diminution de l'apport sanguin, mais en donnant naissance à une endo-périartérite. « L'endo-périartérite est la consé-

quence d'un degré d'infection pas assez important pour entraîner des conséquences graves, mais suffisant pour provoquer la prolifération des tissus conjonctifs. »

Ces théories nous semblent d'autant plus discutables que la castration a peu d'action trophique sur l'utérus pathologique (Ferry), que nous observons l'atrophie de l'utérus après la ménopause naturelle et dans les castrations par les rayons X.

Théorie nerveuse.

Le rôle de plus en plus grand qu'on donne au plexus utéro-ovarien dans la pathogénie des affections gynécologiques nous fait comprendre qu'on a tenté d'expliquer l'atrophie post-opératoire de l'utérus par la section du plexus ovarien. Or, les expériences de Rein montrent que l'utérus complètement énérvé fonctionne normalement, d'autre part la situation postérieure et inférieure du plexus le met à l'abri non seulement dans l'hystérectomie subtotale mais aussi dans l'hystérectomie totale. Il n'est intéressé que partiellement dans l'opération de Wertheim qui enlève avec l'utérus le tissu paramétrial sous-jacent à l'urètre.

Théorie endocrinienne.

La théorie endocrinienne est la seule capable d'expliquer les troubles trophiques de la castration. Le fait que nous trouvons les mêmes atrophies chez

des femmes présentant des signes d'insuffisance ovarienne congénitale ou acquise ne le prouve-t-il pas ?

Un seul point reste à élucider ; c'est le mécanisme qui préside à l'apparition de ces troubles. Ces troubles ont-ils comme origine la suppression de l'ovaire et de sa sécrétion interne ? Ces troubles trophiques sont-ils dus à la suppression du flux menstruel qui aura comme conséquence la rétention d'un poison dans l'organisme, la ménotoxine ? Ou bien faut-il deux conditions réunies, l'ovulation d'une part et la menstruation d'autre part, pour que le tractus génital ou ce qui en reste après l'opération puisse échapper à l'atrophie ?

C'est le problème qui intéresse à la fois les physiologues et les chirurgiens. Les chirurgiens, car si on peut démontrer que la conservation d'un des ovaires sans l'utérus est capable d'empêcher les accidents de la castration, il faut s'efforcer de faire le maximum de conservation (chose d'autant plus importante, car l'opération conservatrice est une opération plus longue, à cause de l'hémostase plus difficile à faire), ou faire des greffes ovariennes après l'hystérectomie. Dans le cas contraire l'opération conservatrice perd toute sa valeur.

Donc la théorie endocrinienne se divise elle-même en trois parties :

A. — *Théorie glandulaire.*

B. — *Théorie utérine.*

C. — *Théorie mixte.* — Pour qu'il n'y ait pas atro-

phie, il faut aussi bien une partie de l'utérus que de l'ovaire. Cette dernière théorie est défendue par Gottschalke. Il dit notamment : « Pour que l'utérus conserve le volume et la consistance normale, le relâchement périodique de ces vaso-moteurs est la condition *sine qua non*, et l'utérus exige pour s'échapper à l'atrophie le stimulat nutritif de l'ovulation ». Pour lui, si ces deux conditions sont séparées ou manquent, l'atrophie se produit.

Il n'est pas douteux que la conservation partielle de l'utérus et un des ovaires met sûrement à l'abri des troubles de la castration parce qu'il existe une synergie fonctionnelle entre l'utérus et l'ovaire d'une part et parce qu'on conserve mieux la circulation de l'ovaire qui a moins de chances de se scléroser. Est-il indispensable de conserver l'utérus en même temps qu'un des ovaires ?

Théorie utérine. — Dans un travail récent *Ist die Menstrualblutung ein für die Gesundheit der Frau notwendiger Vorgang oder nicht ?*, Aschner admet que les troubles consécutifs à la castration chirurgicale, de même ceux après la ménopause naturelle sont dus à une intoxication consécutive à la suppression des règles. Il s'agirait d'un poison non identifié encore chimiquement et dont l'existence est prouvée pour l'auteur par les faits cliniques suivants : les femmes se sentent mal avant et pendant la menstruation et ont une sensation de bien-être ensuite. Le lait des nourrices — au moment des règles — peut donner

chez le nourrisson des signes d'intoxication (agitation, diarrhée et éruptions).

Cette théorie est soutenue aussi par Schick et Tuffier.

Aschner, ainsi que Tuffier, nient que l'opération conservatrice sans utérus ait la moindre utilité, car pour ces auteurs tous ces troubles sont dus à l'ablation de l'utérus et à la suppression des règles.

Tuffier dit (Greffes ovariennes, *Bulletin de la Soc. Chir. de Paris*, 1911) : « Quand on pratique l'ablation de l'utérus en laissant les ovaires sur place, des accidents ultérieurs, en tout semblables à ceux de la suppression des ovaires, se manifestent avec le même rythme et même intensité. Ces accidents sont dus à une autre cause que la suppression des ovaires. Il est facile à démontrer que la suppression des règles est la cause univoque de ces accidents ». Les greffes ovariennes n'ont pas donné des résultats en cas de l'ablation de l'utérus. Ces auteurs font remarquer aussi que les femmes après castration et conservation de l'utérus peuvent avoir leurs règles et que dans certains cas ces femmes n'ont à peu près aucun des troubles de la ménopause artificielle.

Si après la castration par les rayons X les règles reviennent (castration temporaire) les troubles qui sont les mêmes qu'après la castration chirurgicale disparaissent. Enfin, que l'atrophie de l'utérus est presque la règle chez la nourrice non réglée après une lactation prolongée.

Certains auteurs allant plus loin ont été jusqu'à

attribuer (Felluer, Federoff) à l'endomètre une sécrétion interne, antagoniste de celle de l'ovaire, ce qui expliquerait que l'ovaire resté en place fonctionne d'une façon anormale et dégénère ! En réalité, il ressort des expériences et des faits cliniques, que cette dépendance entre l'utérus et l'ovaire est loin d'être aussi intime que soutiennent ces auteurs.

Théorie glandulaire. — Soutenue expérimentalement par Knauer, Magnus, Voronoff et Carel qui ont démontré que la transplantation, ou les greffes ovariennes préservent l'animal castré des effets de la castration.

L'opération conservatrice défendue par Jayle, Hawkes, Duchenson, Alice Maxwell, Zung, Guibal, etc. Ces auteurs, se basant sur des observations cliniques, ont cru voir que l'opération conservatrice a l'avantage de prévenir les accidents de la castration. Ces observations sont nettement en faveur à la théorie glandulaire et les accidents de la castration sont considérés comme dus à la suppression de la sécrétion interne de l'ovaire.

Cette théorie est soutenue aussi au point de vue clinique par les greffes après hystérectomie.

C'est à cette théorie glandulaire que nous nous rallions.

Comment interpréter alors les objections ? Il est certain que dans quelques cas l'opération conservatrice de l'ovaire seul ne donne pas de résultat : comme l'ont démontré Marxwel et Zung, si les

troubles de la castration apparaissent après l'hystérectomie avec conservation de l'ovaire, c'est que l'ovaire est secondairement atrophie. L'atrophie secondaire de l'ovaire est due ou bien à un manque de circulation ou à la disparition de la synergie fonctionnelle entre l'ovaire et l'utérus, plus souvent encore elle est due à une lésion antérieure de l'ovaire qui n'a fait que s'accroître après l'opération. Certaines lésions paraissent plus favorables à l'atrophie secondaire de l'ovaire : ainsi les transformations scléreuses de l'ovaire seraient moins fréquentes chez les femmes opérées pour fibrome que chez les femmes opérées pour salpingite.

Que les greffes ovariennes n'ont pas donné de résultats dans les mains de quelques auteurs est plus curieux car nous avons personnellement vu que les greffes faites à l'hôpital Broca étaient le plus souvent suivies de certains phénomènes d'activité fonctionnelle. Les travaux de M. Douay et de son élève Mlle Bizon sont nettement favorables à l'auto-greffe ovarienne. Ici aussi il y a des cas où les greffes ne fonctionnent pas malgré les injections d'hypophyse ; ces cas sont rares et ils surviennent même si on a laissé sur place l'utérus. Si les femmes après castration et conservation de l'utérus ont quelquefois leur menstruation et sont à l'abri, dans certains cas, des troubles de la castration, ce qui est dû justement à ce que ces femmes ont conservé des débris de tissu ovarien ou des formations ovariennes para-utérines hyperplasiques consécutives à la castration (L. Cornil).

Dans la castration par les rayons X, A. Bécclère a montré que la disparition des troubles de castration précède la reprise de la menstruation ; en conséquence, la disparition des troubles de la ménopause artificielle est due au rétablissement de l'hormone ovarienne et non pas à la reprise de la menstruation. Il nous semble qu'on peut encore tirer une autre preuve que les accidents de la castration sont dus surtout à l'ablation des ovaires du fait suivant : lorsqu'on fait l'ablation des deux ovaires chez une femme qui est déjà en ménopause, on voit parfois apparaître des troubles vaso-moteurs comme dans la castration avant la ménopause.

D'après les preuves énoncées plus haut nous pensons que les atrophies des organes génitaux sont dues, non pas à une cause locale, mais générale. Que cette cause générale est essentiellement la suppression des ovaires et de leur sécrétion interne. Les atrophies peuvent siéger sur le corps, le col de l'utérus, vagin et vulve ensemble, ou prédominer sur une partie du tractus génital.

La suppression des règles a peut-être comme effet la rétention dans l'organisme d'un poison non identifié encore au point de vue chimique, mais qui paraît exister au point de vue clinique, la ménotoxine. C'est à ce poison que serait dû certain prurit vulvaire sans cause locale.

Les atrophies, qu'elles siègent sur la vulve, kraurosis vulvaire, sur le vagin ou sur l'utérus, sclérose utérine, sont essentiellement des troubles trophiques

non inflammatoires. Secondairement, à la faveur d'une infection locale, favorisée par le prurit dans l'atrophie vulvaire, par la leucorrhée dans la vaginite trophique, ces lésions peuvent s'infecter, donnant des ulcérations septiques qui seront le point de départ d'une vulvite, d'une vaginite, d'une métrite se développant sur un terrain prédisposé. C'est ainsi que le kraurosis post-opératoire simple peut se transformer en un kraurosis folliculaire. Ainsi les kraurosis post-opératoires peuvent s'associer à d'autres lésions, à la leucoplasie vulvaire. Mais pour exister, le kraurosis vulvaire ne nécessite ni des plaques de leucoplasie ni inflammation.

Anatomie pathologique.

Au point de vue macroscopique, ce qui caractérise l'atrophie des organes génitaux c'est la transformation scléreuse de ces tissus.

Au point de vue microscopique nous allons reproduire l'examen histologique fait par Jayle et Bender dans le kraurosis vulvaire.

« Quand on examine les coupes à un grossissement moyen, on constate que l'épithélium ne présente pas de modifications très appréciables. Ce n'est qu'à un grossissement plus fort qu'on peut se rendre compte que les cellules sont plus kératinisées que normalement. Les cellules de la couche moyenne ne présentent rien de particulier.

« Quant aux cellules de la couche de Malpighi, leur ordonnance est fréquemment bouleversée par des amas d'infiltration leucocytaire qui s'enfoncent plus ou moins profondément dans l'épaisseur de la couche épithéliale. Immédiatement au-dessous de la couche épithéliale on trouve çà et là des vaisseaux à parois très minces, à cavités larges et béantes remplies de globules sanguins; ces vaisseaux s'enfoncent dans la couche épithéliale de façon qu'en certains points ils ne sont séparés de la superficie que par trois ou quatre

couches de cellules pavimenteuses. Ces points correspondent évidemment aux taches rougeâtres ou ecchymotiques constatées à l'examen clinique. »

Donc au point de vue histologique c'est essentiellement une lésion du derme.

Étude clinique.

Dans la description des atrophies des organes génitaux chez la femme, il faut distinguer deux périodes ; la castration prépubérale et après la puberté.

La castration prépubérale est très rare, aussi nous passerons très vite sur ses conséquences. On ne la pratique qu'en cas de néoplasme malin des ovaires. Nous savons que la gravité de cette affection causale est rarement compatible avec une survie.

Les résultats de ces castrations sont les mêmes qu'en cas de l'absence congénitale des ovaires donc : type eunucoïde. Sur les organes génitaux : aménorrhée, la vulve, l'utérus et vagin très peu développés.

On pratique aussi expérimentalement la castration chez les animaux jeunes. Le manque de développement des caractères sexuels secondaires en est le résultat.

Si les castrations prépubérales sont rares, celles qui suivent la puberté sont très fréquentes. Ce sont les troubles trophiques consécutifs à la castration que nous passerons en revue.

Atrophie des organes génitaux après la castration chirurgicale chez la femme après la puberté.

Le début des atrophies des organes génitaux est absolument insidieux, aussi il est rare de les voir au début. Le plus souvent on les découvre par hasard au cours d'un examen gynécologique. Ou bien chez des malades qui sont suivies régulièrement après la castration. Il faut dire que chez la majeure partie des femmes atteintes d'atrophies des organes génitaux sans complications, les symptômes fonctionnels sont nuls ; ces malades se sentent seulement, et non pas toujours, plus étroites qu'avant l'opération. Il existe cependant trois symptômes qui doivent éveiller l'attention d'un gynécologue averti : les douleurs pendant les rapports, les prurits et la leucorrhée, chez une femme qui ne perdait pas avant l'opération.

Les douleurs pendant les rapports constituent le signe ayant peut-être le plus de valeur. Elles peuvent avoir plusieurs causes : premièrement l'atrophie progressive du vagin et de l'orifice vaginal, qui deviennent insuffisants. La sensibilité de la paroi vaginale au cours d'une vaginite trophique. Les ulcérations trophiques ou infectieuses dues au grattage occasionné

par le prurit. Les deux dernières lésions peuvent être le point de départ d'un vaginisme (réflexe sensitivo-moteur).

Le vaginisme se compose de deux éléments, l'hyperesthésie de la paroi vaginale et la contracture du sphincter de la vulve et spécialement des muscles releveurs de l'anus. Quelquefois on observe l'hyperesthésie sans contracture. La contracture n'est presque jamais spontanée. Elle se réveille à l'occasion d'un coït ou d'un examen gynécologique.

Elle peut être généralisée ou localisée. Qu'elle soit généralisée ou limitée, elle rend les rapports douloureux sinon impossibles. Aussi ces femmes s'abstiennent dans la plupart du temps de les pratiquer. Les troubles qui ont un point de départ organique — hypersensibilité de la paroi vaginale, ulcérations — sont encore exagérés par l'état mental des malades. En effet, les malades castrées sont tellement sous l'influence psychique de leur castration qu'il faut faire attention de ne pas confondre le vaginisme dû à l'atrophie des organes génitaux avec le vaginisme purement psychique qu'ont certaines femmes après une grande opération de chirurgie gynécologique. Cette cause d'erreur est facilement éliminée par un examen gynécologique qui, en cas de vaginisme psychique, ne montre aucune lésion organique ; l'exploration de l'appareil génital est absolument négative.

Le prurit peut exister seul ou accompagner le vaginisme, il prédomine quelquefois et il n'est pas

rare de voir des femmes qui viennent consulter pour le prurit. Il est essentiellement variable en intensité. Certaines malades se grattent peu ou à peine, d'autres ont des démangeaisons intolérables les empêchant de dormir. Le prurit est à la fois diurne et nocturne, exagéré par la chaleur du lit et surtout par la miction. Il peut être accompagné d'une sensation de pesanteur dans le bas-ventre et des brûlures au niveau des organes génitaux.

Les résultats du grattage occasionnés par le prurit sont des ecchymoses, érosions, ulcérations et des suintements désagréables masquant parfois les lésions causales.

Le troisième symptôme qui doit éveiller l'attention c'est la leucorrhée. Comme nous le disions, elle a une importance quand la malade n'avait pas de pertes avant l'opération. Nous décrirons les caractères de ces pertes à propos de la vaginite trophique dont elle est un signe.

Signes généraux. — Sont peu marqués ou manquent complètement. Il n'existe pas de signes généraux propres à l'atrophie des organes génitaux si ce n'est pas un état mental spécial des malades qui ont subi une castration. Cet état mental peut avoir un retentissement sur l'état général. Les autres symptômes ne sont pas dus à l'atrophie des organes génitaux mais aux troubles glandulaires, le plus souvent pluri-glandulaires, qui suivent la castration.

Signes physiques. — Les atrophies des organes génitaux peuvent siéger sur la vulve, vagin, utérus. Elles peuvent exister ensemble ou séparément, pouvant prédominer sur une partie de l'arbre génital. Les lésions siégeant sur la vulve portent le nom de kraurosis vulvaire.

L'atrophie du col de l'utérus.

L'atrophie du col de l'utérus est une lésion presque constante après l'hystérectomie subtotale. Les lésions atrophiques portent aussi bien sur le muscle que sur la muqueuse du col. La rétraction scléreuse du muscle fait diminuer son volume qui est réduit à un petit moignon. La muqueuse est elle-même diminuée, la sécrétion de ces glandes atrophiées diminue progressivement. Cette atrophie est favorable à la guérison, réduisant au minimum les ennuis de la métrite cervicale sur le moignon du col.

Au toucher on sent le plus souvent un petit col indolore, souple et mobile ; quelquefois on ne sent pas le col, caché par une bride vaginale.

Le spéculum confirme les sensations données par le toucher vaginal. On voit le col réduit à un petit nodule qui ne présente d'habitude aucune lésion appréciable. Rarement on voit un petit col rouge sur toute son étendue, ou une rougeur localisée au pourtour de l'orifice.

La diminution de volume du col appréciable à l'œil nu peut être confirmée par une mensuration avec

un compas ; le diamètre du col se réduit à 2 cm. et même au-dessous. Avec l'hystérométrie on se rend compte de la diminution de la cavité cervicale qui se réduit de 1 à 2 cm.

Le col atrophié après l'hystérectomie subtotale peut donner lieu, aussi bien que le col normal, à la dégénérescence néoplasique. Il ne semble pas que l'atrophie par castration soit une cause favorisante pour le développement du cancer du col.

Dans les cas d'hystérectomie subtotale avec conservation d'un ovaire ou seulement avec greffes ovariennes, le col conserve ses dimensions normales, ses sécrétions glandulaires, et peut donner lieu à de la métrite cervicale comme un col sain.

Atrophie du vagin.

A l'atrophie du col est quelquefois associée l'atrophie du vagin, qui se traduit cliniquement par une tendance au rétrécissement du calibre vaginal.

Le toucher vaginal est difficile à cause du rétrécissement de l'orifice vulvaire. Le calibre du vagin est diminué. Ses culs-de-sac sont moins profonds. L'atrophie peut siéger sur toute l'étendue du vagin, donnant un vagin généralement rétréci, ce qui rend les rapports difficiles sinon impossibles. Quelquefois l'atrophie est localisée sur la partie supérieure ou inférieure du vagin qui prend la forme d'un entonnoir. La muqueuse vaginale est atrophiée, les rides disparaissent laissant la muqueuse vaginale de plus

en plus lisse. Sur la paroi vaginale, rougeâtre, on peut voir par places des zones blanchâtres, scléreuses et des brides vaginales.

VAGINITE TROPHIQUE.

Il suffit sur ces lésions trophiques avec diminution de la résistance vitale des éléments cellulaires qu'une infection banale se développe pour voir apparaître des troubles inflammatoires particuliers : la vaginite trophique.

La vaginite trophique se traduit cliniquement par des pertes de pus jaunâtre, peu épais, ou même des sérosités rosées sans pus : ces pertes sont très irritantes pour la vulve et donnent fréquemment des brûlures vulvaires et du prurit tenace. La muqueuse vaginale, très sensible, peut être le point de départ d'une douleur vive avec vaginisme lors de l'examen ou au moment des rapports sexuels.

A l'examen, l'orifice vulvaire est rouge avec pointillé hémorragique et souvent de petites érosions très sensibles au contact.

Le spéculum pénètre avec peine dans le vagin qui est rouge et laisse perler en le dépliant de petites gouttes de sérosité, ou même du sang.

Il faut distinguer les vaginites trophiques proprement dites de celles qui existaient avant l'opération. Celles-ci évoluent après l'opération vers l'amélioration et la guérison rapide. Au contraire, la vaginite trophique qui apparaît longtemps après l'opération

sur un vagin atrophie évolue avec une persistance déconcertante pour le médecin. Le traitement a été spécialement étudié dans la thèse de Galmier faite en 1926 à l'hôpital Broca. Nous y reviendrons au chapitre du traitement.

KRAUROSIS VULVAIRE.

Le kraurosis vulvaire est un syndrome caractérisé par l'atrophie scléreuse progressive des téguments cutanés et muqueux de la vulve, déterminant la rétraction des parties atteintes et par suite la sténose de l'orifice vaginal.

Si on examine la vulve d'une malade atteinte d'atrophie après castration, on voit que les poils sont rares, secs, cassants. Les grandes lèvres sont affaissées, ne débordant que de très peu la peau voisine. Elles sont amincies, rarement oedématisées. Les petites lèvres sont très atrophées et quelquefois disparues. Le clitoris est fréquemment atteint. L'atrophie plus ou moins complète peut siéger sur le capuchon, quelquefois sur le tubercule clitoridien. On a même signalé la disparition complète. En écartant les grandes lèvres on voit que les tissus qui ont subi une atrophie très marquée, ont une coloration blanchâtre, tandis que les parties voisines sont brillantes et rougeâtres. Quelquefois on trouve au pourtour de l'orifice vaginal et sur la face interne des petites lèvres des exulcérations et des plaques rougeâtres indolores, souples au toucher, disparaissant sous une forte pres-

sion. Leur forme et leur nombre sont variables. D'habitude symétriques, quelquefois plus accentués d'un côté que de l'autre.

A côté de ces plaques rougeâtres peuvent exister en même temps ou leur succéder des plaques blanchâtres brillantes qui, pour certains auteurs, ne seraient que la transformation des plaques rougeâtres.

L'orifice vaginal est en forme de cœur de carte à jouer ou en entonnoir.

La sténose vaginale est plus ou moins marquée, quelquefois elle rend impossible l'examen du vagin. Si la sténose vagina le permet le toucher et l'application du spéculum, on peut voir les lésions du vagin et du col mentionnées plus haut.

Evolution.

L'atrophie des organes génitaux, abandonnée à elle-même, suit une marche lente et progressive, atteint toutes les parties des organes génitaux, accentuant les caractères atrophiques qu'ils présentaient déjà.

Si l'on a observé exceptionnellement des cas d'arrêt d'évolution, on ne connaît pas de guérisons spontanées.

Au cours de son évolution il peut s'associer à d'autres syndromes ou se compliquer.

Formes associées.

Kraurosis leucoplasique.

Au cours du développement du Kraurosis on peut voir apparaître sur la face interne des grandes lèvres,

petites lèvres, clitoris ou vestibule, des plaques de leucoplasie. Ce sont des taches blanchâtres, nacrées, tirant sur le jaune ; leur forme est irrégulière, leur nombre est variable, tantôt unique, d'autres fois plusieurs sont réunies en formant des traînées blanchâtres.

Traitement.

Le traitement des troubles de la castration est avant tout préventif.

Il faut s'efforcer, dans tous les cas possibles, de conserver une partie de l'utérus et un fragment des ovaires. Dans le cas où la conservation d'une partie de l'utérus est impossible, on laissera sur place un des ovaires, ou on fera des greffes ovariennes (autogreffes) suivant la méthode de Douay.

Si les troubles de la castration surviennent en défaut ou malgré l'opération conservatrice, le traitement sera différent suivant l'âge des atrophies.

Traitement des atrophies récentes. — Se compose en traitement général et local.

TRAITEMENT GÉNÉRAL : opothérapie ovarienne en piqûre ou *per os*. On fera des séries de six piqûre, d'extrait total d'ovaire (hormovarine). Une piqûre chaque deux jours.

Per os : Gynestryl ; XX à XXX gouttes par jour pendant dix jours.

TRAITEMENT LOCAL, consiste dans la dilatation lente et progressive du vagin à l'aide d'un spéculum, ou par des pansements à demeure. Comme pansement

nous employons l'antiphlogistine néolée. On appliquera 10 à 12 pansements, 3 pansements par semaine. Chaque pansement contient une quantité de pâte d'antiphlogistine, de la grosseur d'un petit œuf. Avant d'introduire la mèche de gaze contenant la masse d'antiphlogistine, on l'humectera avec du néol au tiers. La malade retirera son pansement après trente-six heures en tirant sur le cordonnet du pansement. Elle prend une injection avec du borate de soude tous les jours entre les pansements.

Il faut prendre la précaution de conseiller à la malade de se garnir.

Le traitement des prurits consiste en des lotions froides de camomille, puis bien sécher et poudrer avec des poudres inertes.

Carbonate de bismuth.....	} à 10 gr.
Oxyde de zinc.....	
Talc.....	50 cgr.

Dans les cas rebelles il faut recourir au traitement chirurgical (sympathectomie) ou radiothérapique.

RADIOTHÉRAPIE : le traitement par les rayons X a été pratiqué pour la première fois en Amérique (Stower). Il s'agit d'applications avec faible voltage 300 R. par séance toutes les deux ou trois semaines jusqu'à 1200 R. On obtient assez souvent des résultats, ou au moins des atténuations supportables.

Nous mentionnons aussi le beau résultat — bien qu'il porte sur un seul cas — de M. Violet avec des injections sous-cutanées de percaïne à 1/2 ‰ dans les deux grandes lèvres.

Traitement des atrophies post-opératoires anciennes. —

Sur les anciennes lésions atrophiques post-opératoires le traitement ovarien n'a pas une influence appréciable. Le traitement de ces atrophies est du ressort de la chirurgie et de la radiothérapie.

Le traitement chirurgical de choix dans les kraurosis simples est l'épisiotomie bilatérale sans résection de tissu. Quand les lésions atrophiques sont associées avec d'autres lésions, notamment avec la leucoplasie vulvaire, on pratiquera l'ablation aussi large que possible des tissus malades : c'est la vulvectomy. Car le kraurosis leucoplasique, contrairement au kraurosis simple, semble prédisposer au cancer et a pu être considéré comme une lésion précancéreuse.

Observations

OBSERVATION I

Mme S..., 55 ans, pas d'enfant. A été opérée à 42 ans d'un kyste de l'ovaire gauche. A eu après l'opération quelques troubles endocriniens, bouffées de chaleur, et a commencé à grossir.

Ménopause à 51 ans.

Début : il y a trois ans, un an après la ménopause, les rapports sexuels deviennent très pénibles ; de plus, pertes jaunes très irritantes.

Examinée à ce moment, on constate une atrésie du vagin avec vaginite et vaginisme par contraction réflexe. Il est à noter que la malade a déjà été soignée il y a plus de vingt ans pour du vaginisme.

Sous l'influence des injections émollientes, des ovules à la glycosine et du repos conjugal, l'irritation cesse et le vaginisme s'améliore ; toutefois les rapports sexuels restent difficiles et cette gêne s'accroît progressivement. La malade vient consulter pour cette raison.

Examen : vulve atrophiée avec quelques petites lésions de grattage, produites par suite du prurit vulvaire assez fréquent. Les petites lésions ont pour ainsi dire disparu par atrophie. La muqueuse est pâle. Sur les grandes lèvres quelques plaques de dépigmentation de la peau (vitiligo). L'orifice vaginal est petit, admettant un doigt. Le vagin est assez souple, le col est atrophié,

gros comme le bout du doigt, l'utérus est petit et mobile sans lésion apparente.

Le spéculum de petite dimension est introduit avec difficulté et permet de voir un col atrophié, muqueuse mince et fragile avec quelques taches rouges, indiquant les lésions de la cervico-vaginite trophique.

Diagnostic : atrésie vulvo-vaginale avec cervico-vaginite trophique.

La malade se plaint surtout de l'impossibilité des rapports sexuels. Ce qui l'empêche surtout de contenter son mari encore jeune.

La dilatation avec le spéculum est très douloureuse et impossible, la muqueuse se coquelant et saignant sous l'influence de la distension.

Traitement : extrait total d'ovaire en piqûres (6 piqûres, une chaque 2 jours) et pansement avec l'antiphlogistine néolée pour distendre légèrement le vagin et d'une façon continue.

Les pansements sont restés en place trente-six heures et renouvelés deux fois par semaine.

Suites : dès le premier mois, l'amélioration se produit, l'introduction du spéculum est moins douloureuse, le deuxième mois nouvelle série d'extrait ovarien, les rapports sexuels sont possibles. Ce qui facilite beaucoup l'assouplissement du vagin.

Une troisième série de piqûres est faite, et sera continuée par la suite par des prises régulières de folliculine.

L'atrésie vaginale a manifestement rétrocedé et la malade supporte facilement les rapprochements sexuels.

OBSERVATION II

Mme C..., âgée de 42 ans, opérée le 13 février 1932, hystérectomie subtotale pour fibrome.

En juin 1932 la malade revient pour des pertes jaunâtres, douleurs pendant les rapports et brûlures à la miction, quelques troubles endocriniens.

Examen : l'orifice vaginal, rétréci, permet le toucher avec un doigt et application d'un petit spéculum.

Au toucher : vagin rétracté, sensible, le col petit mais souple.

Au spéculum, l'orifice vulvaire est rouge, la paroi vaginale rouge, avec petits points hémorragiques, que le contact du spéculum fait saigner facilement. Le col de l'utérus est petit, rouge sur toute son étendue, sans exulcération.

Diagnostic : vaginite trophique

Traitement : extrait total d'ovaire en piqûres, six piqûres : une chaque deux jours et pansements antiphlogistiques. Les pansements restent en place trente-six heures et sont renouvelés deux fois par semaine ; chaque jour des injections vaginales de borate de soude.

Revue deux mois après : le traitement a nettement amélioré la malade qui interrompt son traitement.

La malade revient après quelques mois avec les mêmes troubles qu'elle présentait avant le traitement. On reprend le même traitement et actuellement la malade va mieux. Les pertes ont presque disparu, les rapports sont moins douloureux.

OBSERVATION III

Mme S..., âgée de 47 ans, opérée le 15 septembre 1930 pour fibrome et hydrosalpinx gauche. Hystérectomie subtotale par le procédé de Kelly.

Revue le 4 février 1931 : la malade vient consulter pour des bouffées de chaleur et des pertes blanches.

Au toucher le vagin est rétréci, le col est atrophié.

Le spéculum montre un fond de vagin cicatriciel rouge et un petit col ne présentant aucune altération appréciable.

Diagnostic : vaginite trophique.

Traitement : folliculine en gouttes, XX gouttes, chaque matin pendant douze jours par mois.

Le 1^{er} juillet 1931 la malade revient pour les mêmes troubles énumérés plus haut et en outre, pour des douleurs pendant les rapports

A l'examen, à côté des lésions anciennes on trouve, un petit diaphragme au fond du vagin, qui cache presque complètement le col, dévié.

Traitement : hormovarine en piqûres, six piqûres par mois, une piqûre chaque deux jours et pansements, antiphlogistine-néolée.

La malade, revue le 6 avril 1932, va mieux. Les pertes, de même que les troubles endocriniens sont diminués.

OBSERVATION IV

Mme B..., opérée le 29 août 1930. Hystérectomie subtotale pour fibrome et salpingite.

La malade revient le 20 avril 1931 pour des pertes blanches.

Au toucher, on sent que l'orifice vulvaire est normal, la partie supérieure du vagin est rétrécie et sensible. Le col est petit et souple.

Au spéculum : vagin rouge, atrophié, avec diminution des plis du vagin. L'atrésie est marquée surtout sur la partie supérieure du vagin et sur le col.

Diagnostic : atrophie du col, de l'utérus et du fond du vagin avec légère vaginite trophique.

OBSERVATION V

Mme B ..., âgée de 36 ans, opérée le 18 février, hystérectomie subtotale pour salpingite et appendicite.

La malade vient consulter le 15 juin 1932 pour des bouffées de chaleur, des pertes blanches et des douleurs pendant les rapports.

A l'examen : l'orifice vulvaire est rétréci et rouge avec des pointillés hémorragiques.

Le vagin rétracté est sensible.

Le spéculum pénètre avec peine dans le vagin qui est rouge et laisse perler en le dépliant des petites gouttes de sérosité. Sur la paroi vaginale inflammée on voit des plaques blanchâtres.

Le col est petit, rouge et souple, sans ulcérations.

Diagnostic : vaginite trophique avec début de kraurosis vulvaire.

Traitement : folliculine en piqure.

Revue le 15 juillet 1933 : amélioration très marquée.

Revue le 26 avril 1934 : la vulvo-vaginite est complètement arrêtée dans son évolution.

Les rapports sexuels possibles sans douleur. L'orifice vaginal admet facilement le doigt. Cependant la coloration blanche par placards et des pointillés rouges indiquent un certain degré d'atrophie persistante.

Traitement : Orex XX gouttes matin et soir pendant dix jours.

OBSERVATION VI

P... Jeanne, âgée de 41 ans, sans enfants. Hystérectomie subtotale il y a trois ans. Vient consulter pour des pertes blanches et prurit vulvaire.

A l'examen : on trouve une sténose vaginale inférieure. Le toucher est difficile, l'orifice vaginal rétracté de même que la partie inférieure du vagin.

Le col est petit, sans altérations. Les petites lèvres sont légèrement atrophiées.

Diagnostic : sténose vaginale inférieure avec léger degré de kraurosis vulvaire.

Traitement : folliculine en gouttes, XX gouttes chaque matin pendant douze jours et pansements.

La malade est revue le 28 mars 1934. Légère amélioration.

OBSERVATION VII

G... Juliette, âgée de 52 ans, opérée de fibrome en 1924, depuis, prurit vulvaire avec des alternatives plus ou moins douloureuses s'accompagnant de pertes blanches.

A l'examen : on trouve une vulve très irritée, avec de petites ulcérations douloureuses autour de l'orifice vulvaire.

Le vagin est légèrement rétréci. Ses parois sont rouges et sensibles.

Traitement : injection de chloral 1/1000.

Revue le 1^{er} décembre 1933. Les lésions atrophiques continuent à évoluer, les petites lèvres sont très atrophiées.

Diagnostic : vaginite avec début de kraurosis.

Traitement : folliculine et pansements.

OBSERVATION VIII

Mme D..., opérée en 1920, hystérectomie totale. Vient consulter pour des douleurs pendant les rapports, un prurit vulvaire tenace empêchant la malade à dormir.

A l'examen : on voit que la vulve est atrophiée, les grandes

lèvres diminuent de volume. Les poils sont rares, secs et cassants. Les petites lèvres elles-mêmes atrophiées ont une coloration rouge avec des îlots des plaques blanchâtres. Sur leur face interne on voit quelques ulcérations non douloureuses, situées autour de l'orifice vaginal.

L'orifice vulvaire est rétréci et permet difficilement le toucher et l'application d'un petit spéculum.

Le calibre du vagin est diminué, ses plis moins accentués. L'atrophie du vagin siège surtout à sa partie inférieure donnant au vagin une forme d'entonnoir.

Le col petit, souple, ne présente aucune altération appréciable.

Diagnostic : kraurosis post-opératoire.

Traitement : dilatation au spéculum et extrait total d'ovaire en piqure.

OBSERVATION IX

Mme B..., âgée de 33 ans, est opérée le 19 avril 1932.

Hystérectomie totale avec greffe ovarienne pour kyste suppuré de l'ovaire.

Quelques semaines plus tard la malade revient pour des pertes blanches. Les greffes ne fonctionnent pas.

A l'examen on trouve un petit col rouge et un vagin enflammé.

Diagnostic : métrite et vaginite trophique.

Traitement : pansements et piqures de lobe antérieur de l'hypophyse.

Revue le 12 septembre 1932.

Localement bon état. Les greffes fonctionnent alternativement.
Amélioration de la métrite.

Conclusions.

1° Après la castration chirurgicale des troubles trophiques peuvent survenir qui siègent sur une partie ou sur la totalité du tractus génital restant après l'opération.

2° Après l'hystérectomie subtotale, les troubles trophiques se traduisent par une atrophie du col, avec diminution de la sécrétion des glandes cervicales. Cette atrophie est favorable à la guérison, réduisant au minimum les ennuis de la métrite cervicale sur le moignon du col.

3° Au niveau de la vulve les troubles trophiques produisent, d'une façon exceptionnelle d'ailleurs, une rétraction sclérosante de la vulve et du vagin, analogue à l'atrophie sénile connue sous le nom de *kraurosis vulvae*.

4° Les troubles trophiques de la castration sont dus essentiellement à l'ablation de l'ovaire et à la disparition complète de sa sécrétion interne, secondairement à la disparition de la fonction menstruelle, peut-être par la rétention de la ménotoxine. La conservation d'un ovaire seul, ou l'activité d'un autogreffe ovarienne, sans conservation de l'utérus, parais-

sent suffisantes pour mettre la malade à l'abri de ces troubles trophiques.

5° Le traitement des troubles trophiques de la castration chirurgicale est avant tout préventif. Dans certains cas, il est possible de conserver une partie de l'utérus et l'un des ovaires (hystérectomie fundique), opération qui met sûrement à l'abri des troubles de la castration. Dans le cas où la conservation de l'utérus est impossible, il faut laisser en place un des ovaires, s'il est sain, ou faire, si l'ovaire est trop malade pour être gardé en place, un auto-greffe suivant la méthode de Douay.

6° Le traitement des atrophies des organes génitaux après la castration chirurgicale doit être général et local. C'est, d'une part, l'opothérapie ovarienne, spécialement dans sa forme totale, d'autre part la dilatation avec le spéculum ou par les pansements à demeure. En cas de vaginite chronique infectée on associera un désinfectant non irritant comme la pâte glycérine-kaolin.

Sur les lésions anciennes avec atrophie complète de la vulve, le traitement endocrinien n'aura pas une influence appréciable. Le traitement de ces lésions est du ressort de la chirurgie et de la radiothérapie.

Le traitement chirurgical dans le kraurosis simple est l'épisiotomie bilatérale sans résection de tissu, ce qui permet l'ouverture de la vulve et la possibilité des rapports sexuels.

Quand les lésions atrophiques sont associées à des lésions leucoplasiques en voie de dégénérescence, on pratiquera l'ablation aussi large que possible des tissus malades pour éviter le cancer vulvaire.

Vu : Le Doyen,

ROUSSY.

Vu : Le Président de la thèse,

J.-L. FAURE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Ascher.* — Ist die Menstrualblutung ein für die Gesundheit der Frau notwendiger Fotgang oder nicht ?
— L'état de la femme après l'extirpation de l'utérus (Cent. f. Gynäk.).
- Bartels.* — Ueber kraurosis vulvae. Thèse de Bonn, 1892.
- Barsony.* — Kraurosis vulvae (Gyogyaszat, oct. 1929).
- Battesti.* — Ménopause opératoire. Thèse de Montpellier, 1908.
- Bazi.* — A propos des greffes ovariennes (Rev. internat. de méd. et chirurgie, 1921).
- Berkoff.* — Résultats éloignés de l'ablation des deux ovaires et choix de méthode opératoire dans les annexites chroniques bilatérales. Thèse de Genève, 1910.
- Binet.* — La vie sexuelle de la femme.
- Bloch.* — Note sur un cas de vaginisme traité et guéri par les courants de haute fréquence (Bull. off. Soc. franç. d'électrothérapie. Paris, 1903).
- Bordeanu.* — Sténose vaginale (Spitalul, janv. 1930).
- Boursier.* — Un cas de kraurosis vulvae (Journ. de méd. de Bordeaux, 1904).
- Breisky.* — Ueber kraurosis vulvae eine wenig bekannte Form vou Hauptatrophie (Zeitschrift. f. Heilkunde, 1885).
- Champy.* — A propos du minimum efficace dans l'action morphogène des glandes génitales (Soc. Biol., juillet 1927).
- Chavin.* — Résultats éloignés du traitement de salpingo-ovarite par laparotomie. Thèse de Paris, 1895.
- Cornil.* — Les formations ovariennes para-utérines hyperplasiques consécutives à la castration totale. Etude anatomique, pathologique et clinique (Presse méd., 3 oct. 1931).
- Cotte (G.).* — Les troubles fonctionnels de l'appareil génital féminin. Paris, 1931.
- Costa (A. F. W. de).* — Atresia of vagina and cervix. uteri (Ind M. Gaz., juin 1928).

- Doudley.* — Opération conservatrice sur l'ovaire, greffes ovariennes (Press. méd., 1900).
- Dalche.* — Le vaginisme, ses causes, ses symptômes et son traitement (J. de méd. int., Paris, 1904).
- Ferry.* — Ménopause opératoire. Thèse de Lyon, 1907.
- Fiolle.* — Une cause rare de suintement hémorragique du col utérin ; pathogénie des atrésies vaginales supérieures séniles (Soc. de chir. de Marseille, 26 oct. 1931).
- Fleischmann.* — Beitrag. zur kraurosis vulvae (Prager med. Wochenschrift).
- Galmier.* — La pâte glycérine-kaolin. Thèse de Paris, 1926.
- Gehring.* — Résultats de la répression de la menstruation (Am. gyn. Soc., 1889).
- Hartmann.* — Greffes ovariennes (Bull. et mém. Soc. chir. Paris, 1914).
- Jayle.* — Effets physiologiques de la castration chez la femme (Revue de Gyn., 1897).
- Opthérapie ovarienne contre les troubles consécutifs à la castration chez la femme (Press. méd., 9 mai 1896).
 - De l'état de la femme après castration ovarienne, utéro-ovarienne, ou utérine simple (Mad. de Méd., 3 mai 1896).
 - Le kraurosis de la vulve (Rev. de gyn. et chir. abdom.)
 - Kraurosis vulvaire post-opératoire (Rev. de gyn. et chir. abdom.)
- Jayle et Bender.* — Examen histologique dans le kraurosis vulvae (Bull. de la Soc. anat., 1905).
- Janowsky.* — Ueber kraurosis vulvae (Monatschrift. f. prakt. Dermat.).
- Jung.* — De l'importance des phénomènes de déficience. Après amputation subtotale de l'utérus avec conservation des ovaires (Rev. méd. de la Suisse rom., n° 5, 1928).
- Kepter.* — La vie sexuelle de la femme après castration (Berliner klin. Wochenschrift, 1890).
- Kaufmann.* — Véritables hémorragies menstruelles chez les femmes castrées par absorption d'hormone du corps jaune et folliculine (Klin. Wochenschrift, n° 6, 1933).
- Labie, Lagrave et Legueu (F.).* — Art kraurosis de la vulve (Traité méd. Chir. de Gyn. Paris, 1900).
- Labusquière.* — Du kraurosis de la vulve (Sem. gyn. Paris, 1897).
- Lamosles.* — De la ménopause post-opératoire. Thèse de Bordeaux, 1927.

- Lawson-Tait.* — Serpiginous vascular degeneration, disease of women (Traité clinique des maladies des femmes. Traduit par le Dr Bétrix).
- Laquerrier.* — Le traitement électrique du vaginisme (Bull. off. franç. d'électrothérapie. Paris, 1903).
- Lebedeff.* — Contribution à l'étude de l'atrophie des organes génitaux de la femme (Trad. Ejened Gaz. de Gyn. Paris, 1887).
- Leroy de Barres.* — Du kraurosis de la vulve (Ann. de Gyn. et Obst. Paris, 1897).
- Lissac.* — Traitement des troubles consécutifs à la castration. Thèse de Paris, 1896.
- Mauclair.* — Auto-greffes sous-cutanées des ovaires après salpingo-ovarectomie (Journ. des Prat., 1925).
- Maxwell (Alice).* — Le sort et le fonctionnement des ovaires après hystérectomie (The J. of the Amer. Med., n° 9, 1924).
- Neumann.* — Ueber kraurosis vulvae (Wien. klin. Wochenschrift, n° 12, 1896).
- Nonique.* — Kraurosis vulvae. Thèse de Paris, 1905.
- Ohman-Dumesnil.* — Kraurosis vulvae (Monatschrift f. prakt. Dermat.).
- Olivier (R.).* — Sur un cas de vaginisme dyspareuniqué guéri par la résection du nerf pré-sacré (Lyon Chir., 1931).
- Orthmann.* — Ueber kraurosis vulvae (Zeitschrift f. Geb. u. Gynäk., 1890).
- Pozzi.* — Sténose et atrésie acquise de la vulve et du vagin (Traité de Gyn., 1897).
- Page et Ferez.* — Résultats éloignés de la castration des ovaires après hystérectomie (Journ. des Prat., 1925).
- Peter.* — Ueber kraurosis vulvae (Monatschrift. f. Geb. u. Gynäk., 1896).
- Pinesse.* — Résultats éloignés de l'ablation des annexes. Thèse de Paris, 1894.
- Richelot.* — Sur l'étiologie du vaginisme (Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris, 1908).
- Robineau.* — Sur la transplantation dans l'utérus d'un fragment de l'ovaire (Soc. Chir. Paris, 1922).
- Rona.* — Beitrag. zur kraurosis vulvae (Monatschrift f. Geb. u. Gynäk., 1896).
- Serdukoff.* — Accidents de la castration chez la femme : leur traitement rationnel (Gyn., déc. 1930).

- Stower.* — An experience with the X-ray in kraurosis vulvae (N. Y. Med. Jour., 1903).
- Tuffier.* — Greffes ovariennes et menstruation (Soc. Chir. Paris, 1910).
- A propos des greffes ovariennes (*Id.*, 1911).
 - Etude chirurgicale sur 230 cas de greffes ovariennes (Ac. de Méd., 1921).
 - Les accidents de la ménopause chirurgicale (Presse Méd., 1913).
- Vigne (H.).* — Physiologie gynécologique et médecine des femmes.
- Troubles consécutifs à la castration ovarienne (Rev. crit. de Path. et Thér., 1930).
- Violet.* — Un cas de kraurosis vulvae avec prurit, ulcérations vulvaires, suintements constants, ayant résisté à la radiothérapie et guéri par des injections sous-cutanées de percaïne (Soc. Nat. de Méd. et Science Méd., 25 mars 1931).
- Veit.* — Kraurosis vulvae (Handbuch der Gynäk. Weisbaden, 1898).

